

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1892, à 1 heure

Par BORN, LOUIS-MARIE-AUGUSTIN-JULES

Né à Port-au-Prince (Haïti), le 31 Mai 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA BLÉPHARITE CILIAIRE

Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
 { BRISSAUD, LETULLÉ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

58

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 décembre 1892, à 1 heure

Par BORNO, LOUIS-MARIE-AUGUSTIN-JULES

Né à Port-au-Prince (Haïti), le 31 Mai 1861

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA BLÉPHARITE CILIAIRE

Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } HAYEM, professeur.
 } BRISSAUD, LETULLE, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

AUX PARENTS ET AMIS

A M. LE D^r DESPAGNET

Secrétaire général de la Société d'Ophthalmologie de Paris
Professeur libre d'Ophthalmologie à l'Ecole pratique de la Faculté
de médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE D^r PÉAN

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

M. LE D^r RIGAL

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Necker

M. LE D^r MAYGRIER

Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris
Accoucheur de la Pitié

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Témoignage de notre plus profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BLÉPHARITE CILIAIRE

Essai d'un traitement par la glycérine au sublimé

INTRODUCTION

En suivant la clinique de M. le D^r Despagnet, nous avons été frappé des beaux résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la blépharite ciliaire par la glycérine au sublimé.

Cette affection, dont la durée est parfois si longue, les récidives si fréquentes, et contre laquelle échouent souvent les traitements les plus variés préconisés jusqu'à ce jour, présente ceci de particulier qu'elle est rapidement modifiée par le sublimé.

En effet, cette substance remarquable par son action si puissante n'agirait-elle pas par ses propriétés antiseptiques contre une maladie qui elle-même est probablement de nature microbienne.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de présenter à notre savant maître, M. le Dr Despagnet, l'expression de notre plus vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a reçu dans sa clinique, les bons conseils qu'il n'a jamais cessé de nous donner.

Nous diviserons notre étude en cinq chapitres, comprenant :

- 1° L'historique et la définition ;
- 2° L'anatomie normale des paupières ;
- 3° L'étiologie ;
- 4° La classification.
- 5° Le traitement et les observations.

INTRODUCTION

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. DÉFINITION.

L'affection qui fait le sujet de notre travail a été décrite sous les noms les plus divers par les auteurs anciens et modernes. Appelés successivement : *sclérophthalmie*, *blépharophthalmie glanduleuse*, *ophthalmie sèche*, *glanduleuse*, *gale*, *gratelle des paupières*, *sycosis*, *sclérosis*, etc., etc., c'est d'après Gosselin, le professeur Velpeau qui les a remplacés par le mot blépharite qu'il a introduit dans la pratique en 1840.

Avant lui l'inflammation des paupières n'était pas décrite à part. Si de nos jours l'on est arrivé à réunir tant de dénominations diverses en une seule, on n'a pu obtenir le même résultat pour la délimitation rigoureuse de la blépharite, et la plus grande dissidence règne à ce sujet entre les auteurs.

Les uns appliquent le nom de blépharite à l'inflammation du bord libre et de la face postérieure des paupières, les autres s'en servent pour désigner l'inflammation du bord libre, étudiant celle de la muqueuse avec la conjonctive ; quelques-uns, enfin, comprennent sous ce nom l'étude de l'inflammation de toutes les parties constituant les paupières.

C'est principalement, dans la blépharite ciliaire qu'on observe cette confusion de noms que nous nous signalons

plus haut. Velpeau, le premier, lui a donné le nom de blé-
pharite ciliaire qui est généralement admis aujourd'hui
et dont il divise l'étude en deux parties : une blépharite
ciliaire et une blépharite glandulaire.

D'autres auteurs n'admettent qu'une seule blépharite,
et, Desmarres lui a donné le nom de blépharite glandulo-
ciliaire. Cette dénomination exacte, puisqu'elle comprend
tous les éléments atteints par l'inflammation, peut être
simplifiée, ainsi que l'a fait Gosselin qui a adopté le nom
de blépharite ciliaire, comme plus court et suffisant, du
moment où l'on s'est expliqué sur sa signification.

La blépharite ciliaire est l'inflammation des éléments
qui constituent le bord libre des paupières.

CHAPITRE II

ANATOMIE.

Au moment de traiter de l'anatomie et de la physiologie des paupières, quelques notions d'anatomie normale nous ont semblé une utile introduction.

Les paupières forment deux voiles musculo-membraneux destinés à protéger le globe de l'œil et à maintenir à sa surface une humidité constante et indispensable.

Elles sont composées de parties variées : en avant la peau très mince, diaphane, parcourue par des plis ou rides à direction transversale, contient un certain nombre de glandes sudoripares et sébacées et est doublée d'une couche distincte de tissu conjonctif dépourvu de graisse. Puis une couche constituée par la portion palpébrale du muscle orbiculaire des paupières. En arrière, une muqueuse continue avec celle de l'œil, très adhérente au cartilage tarse, une couche fibro-cartilagineuse qui forme la charpente des paupières. Entre le muscle orbiculaire et cette couche fibreuse existe du tissu conjonctif lâche, lamelleux, dont les aréoles se laissent distendre avec la plus grande facilité par le sang, la sérosité, le pus, l'air atmosphérique.

Le cartilage tarse de la paupière supérieure l'emporte en hauteur, en densité et en épaisseur sur celui de la paupière inférieure. A la couche fibro-cartilagineuse se ratta-

che le muscle releveur de la paupière, qui est antagoniste du muscle orbiculaire.

Le bord libre des paupières qui nous intéresse tout particulièrement est constitué des mêmes couches que la portion oculaire. Il est formé de deux parties distinctes : une partie externe hérissée de poils ou portion ciliaire ; une partie interne qui en est dépourvue et qui est intimement liée à l'appareil lacrymal, c'est la portion lacrymale.

La portion ciliaire présente une lèvre antérieure occupée par les cils disposés sur deux, trois, quelquefois quatre rangées irrégulières. Ces poils, au nombre de cent à cent-cinquante à chaque paupière, sont obliquement implantés et décrivent une courbure telle que les cils correspondants des paupières se touchent par leur convexité.

D'après Moll et Donders, chaque cil aurait une durée d'environ cent jours.

A chaque cil s'abouchent deux glandes sébacées composées d'après M. Sappey de sept à huit acini groupés autour d'une cavité centrale jouant le rôle de canal excréteur. Ces glandes sont remarquables par leur grand développement. Le canal excréteur vient s'ouvrir dans le follicule du cil en un point assez rapproché de son embouchure à la peau. Le produit de sécrétion de ces glandes forme un liquide huileux qui se dirige en dehors pour venir lubrifier le bord libre des paupières et empêcher l'irritation qui résulterait aussi bien du contact des larmes que des corps étrangers suspendus dans l'air.

Tout le long de la lèvre postérieure du bord libre se trouve disposée une série régulière d'orifices formant les embouchures d'un appareil glanduleux situé dans l'épais-

seur du cartilage tarse plus près de la face conjonctivale que de la face antérieure.

Ces glandes dites de Meibomius, très visibles à l'œil nu si l'on renverse les paupières en dehors, sont constituées tantôt par des acini groupés autour d'un conduit excréteur commun, tantôt par des lobules s'ouvrant dans une des ramifications de ce canal et formant pour M. Sappey de véritables glandes en grappe. Leur produit de sécrétion ressemble beaucoup à celui fourni par les glandes ciliaires. D'après M. Panas, il en diffère en ce qu'il se concrète promptement à l'air, se mêle plus facilement aux mucosités et aux larmes. De là résulte, non des croûtes chassieuses, mais une espèce d'émulsion blanchâtre que l'on rencontre souvent sur le bord libre des paupières et du côté du grand angle de l'œil dans les cas de blépharocconjunctivite chronique.

La partie interne ou lacrymale du bord libre est pourvue de quelques poils à peine visibles, et présente sur chaque paupière un tubercule arrondi creusé d'un orifice qui forme l'entrée des conduits lacrymaux et qui porte le nom de conduit lacrymal.

Les conduits lacrymaux sont unis intimement aux cartilages torses.

Les artères des paupières sont divisées en antérieures et postérieures, suivant qu'elles sont situées en avant ou en arrière du cartilage tarse.

Les antérieures sont principalement constituées par deux troncs coronaires fournis par la terminaison de l'ophtalmique, branche de la carotide interne. Ces artères plus importantes que les postérieures fournissent de nombreu-

ses ramifications aux couches tégumentaires, aux follicules et aux glandes sébacées ; les postérieures beaucoup plus ténues se distribuent à la conjonctive et aux glandes de Meibomius. Elles sont fournies par deux branches de l'ophtalmique, l'artère lacrymale et les artères ciliaires antérieures et affectent des relations assez intimes avec la circulation du globe de l'œil.

Les veines suivent le même trajet que les artères et sont surtout abondantes à la paupière supérieure près du bord palpébral.

Les superficielles se déversent dans les veines ophtalmique, jugulaire, faciale et temporale ; les profondes s'anastomosent avec les veines ciliaires et ophtalmiques.

Ces communications faciles des veines ciliaires avec le système veineux intra-orbitaire et intra-crânien, expliquent le danger extrême des phlébites palpébrales, surtout quand elles prennent la forme suppurée et succèdent à des plaies virulentes des paupières.

Les vaisseaux lymphatiques superficiels se divisent en deux groupes : les branches internes suivent le trajet de la veine faciale et vont se rendre dans les ganglions massétéris et sous-maxillaires ; les branches externes se jettent dans ce chapelet continu qui commence au ganglion préauriculaire et se continue par les ganglions parotides et sous-maxillaires. Les vaisseaux lymphatiques de la couche profonde conjonctivale suivent la veine ophtalmique dans l'orbite ou viennent à travers le plan fibreux s'anastomoser avec les superficiels.

Les paupières sont innervées par le facial et le moteur oculaire commun. Les filets sensitifs proviennent de la

branche ophthalmique de Willis pour la paupière supérieure et du nerf sous-orbitaire, branche du maxillaire inférieur. De plus, le quart externe de la paupière supérieure reçoit à la face conjonctivale des filets du nerf lacrymal qui y arrivent après avoir traversé la glande lacrymale. Des filets lymphatiques suivent le trajet des artères, président à la sécrétion de la glande lacrymale et des autres glandes des paupières.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE.

Parmi les causes les plus communes de la blépharite ciliaire, nous ne saurions trop insister sur l'importance que joue l'altération des voies lacrymales, soit que l'inflammation s'étende par continuité au bord libre de la paupière, soit qu'elle ait été provoquée par le contact trop prolongé du mucus et des larmes.

Sans doute certaines personnes blondes, à peau fine et blanche, les anémiques, les convalescents, les arthritiques, sujets aux affections cutanées, les enfants scrofuleux, lymphatiques, tous ceux enfin qui tombent sous le coup de la misère physiologique fournissent un terrain favorable à l'évolution de la blépharite. Il suffit chez eux que le bord palpébral soit simplement irrité ou présente des excoriations même légères, pour que les larmes plus ou moins irritantes exaspèrent tous les phénomènes.

Mais, outre leur propriété irritative, nous pensons que le rôle des larmes a une autre importance. Nous savons qu'à l'état normal, les conjonctives, les points d'implantation des cils, sont le réceptacle de nombreux organismes. M. Gombert de Montpellier, a fait récemment d'intéressantes recherches bactériologiques sur ces microorganismes que l'on rencontre à la surface de la conjonctive. Ils proviennent de l'air, des doigts, des linges, etc., ils ne séjour-

nent pas longtemps dans les culs-de-sac conjonctivaux et sont charriés par les larmes, le clignement des paupières et déversés dans les voies lacrymales. Il en a isolé un grand nombre dont les uns, bacilles divers, micrococci, sarcines, streptothrix, etc., sont inoffensifs, les autres micrococci, staphylococcus pyogènes aureus et albus, streptococcus pyogènes, etc., sont pathogènes.

Il nous semble que l'on peut admettre une infection microbienne facile à produire par les excoriations du bord libre qui ouvrent en quelque sorte un passage à ces organismes plus ou moins infectieux des cul-de-sacs conjonctivaux. Les larmes ne seraient-elles pas les agents naturels de cette propagation ! On sait d'ailleurs que les points d'implantation des cils sont, même chez les personnes soigneuses, des nids de bactéries aptes à infecter cette région.

Mackensie a signalé dans les follicules pileux de certaines blépharites l'existence d'un champignon analogue à celui du favus et, d'après Schiess, ces éléments caractéristiques ne pénétreraient que jusqu'à la gaine interne de la racine, mais non dans le cil même. On a pensé qu'il devait se trouver dans tous les cas, mais son absence a été constatée dans bon nombre d'examen.

Les lésions si variées de la conjonctivite chronique peuvent donner naissance à la blépharite ciliaire. Cette cause est si fréquente que Beer considérerait cette affection comme une variété d'ophtalmie catarrhale. La phlegmasie se propage et gagne d'autant mieux le bord libre que celui-ci est déjà fortement irrité par toutes les sécrétions de la muqueuse malade.

D'après plusieurs auteurs cette affection serait due à un trouble de la sécrétion des glandes ciliaires. Leur produit destiné à enduire le bord libre des paupières, à conduire le mucus conjonctival et les larmes vers les points lacrymaux, doit posséder certaines propriétés et être sécrété en quantité suffisante. Sécrité en trop grande abondance, il s'amasse à la base des cils, s'étend et forme des croûtes, d'où une cause d'irritation de la portion marginale de la paupière.

D'après M. Sappey, les glandes de Meibonius concourent rarement à la production de ces concrétions dont la véritable source se trouve dans les glandes sébacées.

M. de Wecker décrit sous le nom de *séborrhée* un état résultant d'une sécrétion anormale des autres glandes des paupières et qui serait une des causes de la blépharite ciliaire. Il en signale deux variétés, la séborrhée fluide et la séborrhée sèche. La première est formée par une simple hypersécrétion de matières sébacées qui, recouvrant les paupières d'une couche très épaisse, en fait le récipient où s'amassent aisément les corps étrangers suspendus dans l'air. Elle se voit surtout chez les personnes qui sont fréquemment exposées par leur profession à la poussière (chauffeurs, forgerons, etc.). Dans la séborrhée sèche, non seulement le produit de sécrétion est augmenté, mais il change de caractères chimiques et se coagule à l'air. Le bord libre des paupières se couvre de petites lamelles jaunâtres, friables, formant une couche d'étendue et d'épaisseur variables qui, en s'y accumulant, entravent l'écoulement du produit de sécrétion des glandes annexées aux follicules

des cils et déterminent consécutivement l'hyperhémie de leur champ d'implantation.

Une anomalie de sécrétion des glandes de Meibomius serait encore pour le même auteur une cause occasionnelle de la blépharite ciliaire. Leur produit de sécrétion augmentant de densité, s'écoulerait difficilement au dehors et irriterait par leur présence les acini sécréteurs et le tissu cellulaire voisin. On trouve, en effet, mais rarement, chez les personnes qui souffrent d'une hyperhémie chronique du bord palpébral, les glandes de Meibomius remplies de petites masses calcaires, d'un blanc jaunâtre, soulevant la conjonctive et atteignant quelquefois le volume d'un grain de millet. Il est probable que ce soit une simple dégénérescence calcaire d'un produit dont l'écoulement est devenu difficile sinon impossible.

Dans la cinquième session du congrès d'ophtalmologie qui a eu lieu en 1876, John Roosa présenta une statistique qui tendrait à établir qu'un grand nombre de blépharites ciliaires résulteraient de vices de réfraction non corrigés, et, surtout de l'hypermétropie. Pour MM. Thompson et Ristley, la plupart des blépharites ciliaires, surtout celles des adultes, seraient liées à l'amétropie, non par une simple coïncidence, mais par connexité.

Nous ne comprenons pas cette influence de l'amétropie sur la blépharite qui elle-même n'entraîne pas de troubles de la fonction visuelle.

Stilling a signalé comme une cause importante de blépharite un état morbide des cils. Au lieu de présenter, comme à l'état normal, un bulbe blanchâtre, d'être souples, flexibles, de se détacher facilement par la traction,

les cils malades deviennent rigides, noirâtres ; ils ont un bulbe dur, fortement pigmenté.

Parmi les autres causes qui peuvent faire naître la blé-
pharite ciliaire, nous citerons la malpropreté qui de l'avis
de tous la déterminent très souvent, et qui explique bien
la fréquence de cette affection dans les classes pauvres, les
grandes variations de température, la fatigue résultant de
veilles prolongées, le séjour dans une atmosphère viciée,
dans les habitations basses et humides.

L'influence des professions n'est pas douteuse ; les égou-
tiers, les vidangeurs, les verriers, les chauffeurs, etc., tous
les ouvriers qui font un exercice immodéré de la vue.

Certaines fièvres éruptives, telle que la variole et la rou-
geole, la fièvre typhoïde peuvent provoquer la blépharite.

Toutes les causes que nous venons de citer ne produisent
pas fatalement l'inflammation du bord libre des paupières,
il faut une certaine disposition de l'organisme, un terrain
favorable à l'évolution de la maladie. Cet état constitution-
nel est créé de toutes pièces par le lymphatisme, la scro-
fule, l'herpétisme, et il n'est pas douteux que ces diathèses
ne président à son développement.

CHAPITRE IV

CLASSIFICATION (1).

Nous étudierons dans la blépharite ciliaire trois variétés qui ne forment pour nous que trois degrés d'une seule et même maladie dont nous venons de voir les origines si diverses.

Premier degré. — L'inflammation se localise dans la courbe dermique au pourtour des bulbes pileux, sans intéresser les glandes, c'est la forme dite *pityriasique*.

Deuxième degré. — Elle devient plus profonde, gagne les follicules, les glandes sudoripares, sébacées, c'est la forme glandulaire.

Troisième degré. — L'appareil glandulaire tout entier est atteint, le bord libre enflammé dans toute son épaisseur, présente une notable augmentation de volume, il s'agit de la blépharite hypertrophique ou déformante.

1. Cette classification a été empruntée au *Traité d'ophtalmologie* en cours de publication de MM. Despagnet et Nimier. Nous remercions M. le Dr Nimier pour la bienveillance avec laquelle il nous en a communiqué les épreuves.

PREMIER DEGRÉ

BLÉPHARITE PITYRIASIQUE.

C'est à ce degré qu'on observe le plus souvent la blé-
pharite ciliaire. Elle débute par une rougeur, un gonfle-
ment de la peau, où l'on remarque de petits faisceaux vas-
culaires sillonnant le bord libre des paupières et allant se
perdre du côté du bord adhérent. Ce symptôme qui n'est
pas constant est surtout appréciable chez les sujets blonds
et à peau fine. Déjà, chaque matin, au réveil, les paupières
sont plus ou moins agglutinées, le grand angle de l'œil et
la base des cils sont enduits d'une matière jaunâtre résul-
tant de l'hypersécrétion des glandes ciliaires et des glandes
de Meibomius. Elle est connue vulgairement sous le nom
de cire ou chassie.

Des démangeaisons très pénibles portent les malades,
surtout les enfants, à se frotter continuellement les yeux
pour les atténuer, ce qui a pour effet d'augmenter l'in-
flammation. D'où le nom de gratelle des paupières donné
à cette maladie par Saint-Yves et maître Jean.

- La base des cils est le siège d'une desquamation ; la peau
turgescence se recouvre de pellicules fines, friables au-des-
sous desquelles on voit de petites excavations ulcéreuses,
contenant une légère couche séro-purulente.

Les conjonctives s'irritent par propagation et par les
pellicules qui pénètrent entre le bulbe oculaire et la pau-
pière, agissant ainsi comme de véritables corps étrangers.
De là un écoulement catarrhal qui accompagne l'affection
principale

Cet état peut durer un temps très long sans s'aggraver ni offrir aucun changement ; mais il n'en est pas toujours ainsi. En examinant à la loupe les parties malades, on aperçoit disséminées au pourtour et entre les cils de petites vésicules qui, en se desséchant, forment des croûtes adhérent fortement à la peau et occupant une certaine étendue. Plus tard ces croûtes se brisent, tombent en poussière jaune pâle, entraînant dans leur chute les cils auxquels elles étaient agglutinées.

L'affection se prolongeant, les excoriations, gagnent en profondeur et intéressent les glandes sébacées, les bulbes pileux. Un certain degré de photophobie se joint à ces phénomènes et cause une gêne considérable empêchant tout travail d'application. Il y a de l'asthénopie.

Les cils reposant dans un derme enflammé, gênés dans leur nutrition, et par les vésicules et par les squames qui s'accumulent à leur base et sur leur trajet, deviennent fragiles, cassants, tombent à la moindre traction, au simple frottement. Ils sont plus grêles, dit M. de Wecker, leur pointe paraît dédoublée, leur gaine interne gonflée, ramollie, leur racine faiblement adhérente.

DEUXIÈME DEGRÉ

BLÉPHARITE GLANDULAIRE.

Dans cette forme toutes les parties constituanes des paupières participent plus ou moins au processus inflammatoire. Les glandes, les bulbes pileux sont le siège d'une suppuration abondante. Si l'inflammation est intense, elle peut d'après M. de Wecker déterminer d'emblée cette sup-

puration. Mais ordinairement celle-ci succède à la précédente par la propagation de l'inflammation aux follicules et aux glandes qui y sont annexées.

L'affection, après être restée stationnaire pendant un temps assez long, quelquefois s'aggrave. Toute la face antérieure du bord libre devient rouge, luisante, tendue et boursoflée. Le grand angle de l'œil est constamment baigné par l'écoulement constitué par les larmes mêlées aux sécrétions des glandes sous-conjonctivales et de Meibomius dont les orifices enflammés, rouges, laissent écouler un liquide puriforme plus ou moins lié.

Les croûtes deviennent plus épaisses, plus adhérentes aux cils qu'elles englobent sous forme de pinceaux.

Parfois au lieu de l'être par des croûtes véritables, la base des cils est enchâssée dans une sorte de pellicule sèche, grisâtre, très adhérente à la peau ; une fois détachée elle met à découvert le bord marginal des paupières rouge et ulcéré. C'est à cette forme que Velpeau a donné le nom de *diphthérique*. Or, cette fausse exudation, d'après Gosselin, n'est autre chose qu'un mélange de cellules épithéliales, de matières sébacées et de mucus desséché. Le tissu cellulaire du bord ciliaire ne tarde pas à s'hypertrophier sous l'influence de cette irritation vive et prolongée, et les glandes qu'il entoure subissent des troubles dans leur nutrition. Leur produit de sécrétion retenu dans les acini se trouble, s'altère et devient une nouvelle cause d'irritation.

La suppuration une fois établie provoque des ulcérations qui impriment à cette forme un caractère particulier. Ici on voit un cil implanté sur une vésicule large et

saillante : si on l'arrache, ce qui se produit sans le moindre effort, on trouve souvent sa racine entourée de pus. Chaque cil n'est plus indépendant et isolé.

Ils forment des pinceaux pris à la base dans une croûte dure et épaisse.

La suppuration des glandes sébacées peut être le point de départ de ces ulcérations du bord libre des paupières. D'après l'examen fait par MM. Cornil et Ranvier sur des pièces que M. Galewoski, leur avait présentées, il résulte qu'à la suite de la suppuration de ces glandes dont le conduit excréteur était oblitéré, il se formait de petits trajets fistuleux, venant s'ouvrir autour de la racine des cils. Ces petits orifices peuvent se réunir et donner lieu à des ulcérations qui envahissent une grande étendue du bord libre.

De nouvelles croûtes adhérentes aux cils succèdent à celles qui tombent, exagèrent l'irritation, soit en mettant obstacle à l'écoulement du pus, soit en agissant comme corps étrangers sur des surfaces avivées. Enfin les follicules s'oblitérent, disparaissent par un progrès incessant de la suppuration. Si la cicatrisation se fait, il se forme un tissu inodulaire qui, à mesure qu'il se développe, se rétracte, renverse la paupière en dehors, l'éloigne du bulbe oculaire et, par suite, écarte les points lacrymaux. Consécutivement il se produit un larmolement qui joint aux hypersécrétions de la muqueuse, contribuent beaucoup à irriter de nouveau les points qui étaient en voie de cicatrisation.

Tels sont les caractères du second degré de la blépharite ciliaire. Bien qu'ils effraient beaucoup les malades, ils

n'ont dans la plupart des cas que peu de gravité, surtout chez les enfants, et il faut qu'ils soient placés dans de bien mauvaises conditions hygiéniques ou bien un manque absolu de propreté, pour qu'on ne puisse pas enrayer la marche de la maladie et l'empêcher de passer au degré suivant.

TROISIÈME DEGRÉ

BLÉPHARITE HYPERTROPHIQUE

Ce degré est essentiellement caractérisé par l'envahissement rapide des glandes de Meibomius dont le canal excréteur se trouve sur la face postérieure du bord libre. Leur conduit s'engorge, s'obstrue et finit par s'atrophier; ces glandes disparaissent entièrement sans laisser la moindre trace de leur existence antérieure. Dès lors toute l'épaisseur de la paupière se trouve profondément altérée; la rétraction cicatricielle fait des progrès, l'éversion des bords palpébraux augmente proportionnellement, donnant lieu à un bourrelet rouge, saillant à bords arrondis, déjetés en dehors. Il y a *lagophthalmos*. La peau à ce niveau est rouge et luisante.

On observe çà et là quelques cils isolés, rares, maladifs. La conjonctive exposée au contact de l'air et des sécrétions irritantes s'épaissit, se flétrit et durcit.

Le renversement du cartilage tarse entraîne en dehors les points lacrymaux qui ne peuvent plus absorber, et, les larmes considérablement augmentées ne pouvant plus suivre leur trajet ordinaire, s'accumulent dans le cul-de-sac

conjonctival, s'écoulent ensuite par dessus la paupière, exagèrent l'inflammation de la conjonctive qui gagne peu à peu l'œil. En même temps, l'éversion de la paupière s'accroît de plus en plus sous l'influence de la contraction de l'orbiculaire. Il se produit un véritable *ectropion*.

Notons encore un érythème considérable causé par l'écoulement des larmes sur les joues.

Le globe de l'œil, privé de ses moyens de protections habituels, devient pour lui des causes d'irritation, peut s'enflammer à son tour. De là des conjonctivites, des kératites parfois graves que l'on peut observer consécutivement. Enfin les bulbes pileux étant complètement détruits, les cils tombent pour ne jamais repousser, ce qui donne à l'œil cet aspect connu sous le nom d'*œil d'anchois*.

Certes, toutes les blépharites ciliaires ne présentent pas cette série de phénomènes que nous venons de décrire, mais il ne faut pas oublier que ces pertes de substances peuvent donner lieu à des lésions définitives de chacune des parties constituant la région malade.

Ces diverses altérations sont les suivantes :

Tissu cellulaire. — Le tissu cellulaire, par suite d'une accumulation de cellules lymphoïdes s'hypertrophie, d'où il résulte un gonflement souvent très marqué du bord de la paupière correspondante. Puis ce tissu s'indure et se transforme en tissu fibreux. Consécutivement le bord libre s'arrondit et se renverse en dehors (*ectropion*).

Il se produit un développement exagéré d'éléments épithéliaux et graisseux : le chorion se trouve infiltré de cellules et ses papilles sont gonflées et hypertrophiées.

Conjonctive. — L'inflammation du bord marginal gagne par voie de continuité toute la conjonctive. Sous l'influence de toutes les causes que nous avons énumérées, cette muqueuse devient injectée, boursouflée, prend un aspect sarcomateux et son épithélium se convertit en épiderme.

Cartilage tarse. — L'arête du cartilage tarse présente des échancrures et çà et là des trajets fistuleux communiquant avec les glandes de Meibomius. Sous l'influence de l'inflammation et de la suppuration, il se modifie dans sa structure intime. Formé par des éléments fibro-cartilagineux, il diminue d'épaisseur et surtout de hauteur (lagophthalmos), s'atrophie et se rétracte en portant ainsi le bord libre, soit en devant (entropion), soit en dehors (ectropion).

Glandes de Meibomius. — Ces glandes secrètent à l'état normal un liquide clair et onctueux, qu'on peut faire sourdre de leurs orifices, en comprimant légèrement la paupière en même temps qu'on l'écarte un peu de l'œil. Il est rare que le processus inflammatoire débute par elle.

Quand elles se prennent, leur produit de sécrétion se trouble, s'épaissit, et forme ces croûtes jaunâtres que nous avons signalées tout le long de la paupière. Elles se présentent à l'inspection sous forme de traînées rougeâtres, verticales se portant sur la face conjonctivale. Ces glandes subissent des altérations plus profondes. L'éversion du cartilage tarse amène une diminution de leur calibre en leur faisant perdre leur direction rectiligne, leurs orifices s'incurvent en dehors et s'oblitérent. Il est possible que cette oblitération soit due quelquefois à leur ulcération et à leur cicatrisation définitive. Consécutivement les glan-

des de Meibomius, loin d'augmenter de volume par accumulation de leur produit, finissent par se détruire. On a signalé aussi une dégénérescence calcaire de leur produit donnant lieu mécaniquement à des troubles de la cornée et de la conjonctive oculaire.

Cils. — Les cils subissent des troubles profonds dans leur nutrition. Ils tombent en grand nombre, perdent leur pigmentation et leur consistance et ne se reproduisent plus.

Les follicules qui ont suppuré lentement sont remplacés par du tissu cicatriciel qui, en se rétractant, attire en divers sens les follicules voisins, d'où résultent des déviations vicieuses des cils (*trichiasis*). Arrachés des ulcérations où ils sont implantés, ils présentent, dit M. de Wecker, à leur extrémité bulbaire une sorte de petit sac formé de cellules épithéliales et de pus.

Voies lacrymales. — Les voies lacrymales sont susceptibles de s'enflammer par continuité. La plupart des auteurs pensent que ces altérations accompagnent souvent l'évolution de la blépharite ciliaire. L'entropion et l'ectropion n'ont-ils pas pour conséquence une déviation des points lacrymaux et tout ce qui s'en suit.

Paupières. — Les paupières peuvent subir de grandes difformités à la suite de cette irritation permanente causée par le contact incessant des larmes et du pus. La peau de cette région s'enflamme, s'ulcère, et il se produit des cicatrices indélébiles qui ne font qu'ajouter à l'horrible aspect que présentait déjà l'ectropion.

Marche. — La blépharite ciliaire, qu'elle qu'en soit la variété, affecte une marche essentiellement chronique. Elle présente ceci de particulier qu'elle a un début tout à fait insidieux, surtout dans le premier degré, que certains sujets peuvent porter des années entières, jusqu'à certaines époques où la maladie peut présenter des exacerbations.

Le printemps et l'été semblent ordinairement les saisons défavorables.

On peut dire que sa durée est entièrement illimitée ; stationnaire pendant un temps très long, l'affection se réveille tout à coup et se développe rapidement.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement de la blépharite ciliaire est remarquable par le grand nombre de moyens préconisés et surtout par le peu de résultats obtenus.

Par sa longue durée, surtout chez les scrofuleux, il arrive qu'une certaine tolérance se produit à un moment donné pour tous ces médicaments, qui très modificateurs au début, finissent par ne plus produire d'action, quand ils ne deviennent pas eux-mêmes très irritants et par conséquent nuisibles.

Il importe, avant d'entreprendre le traitement de la blépharite, de rechercher avec soin les causes qui ont pu lui donner naissance. Car on voit souvent l'affection s'atténuer et même disparaître quand ces causes qui l'entretenaient ont été supprimées. Ceci n'est pas toujours facile quand la blépharite dure depuis un certain temps et que les lésions sont très avancées.

Il faut autant que possible, soustraire les malades aux influences nuisibles auxquelles ils sont exposés par leurs professions, et, se rappeler que la diathèse scrofuleuse complique et entretient cette maladie qui y trouve un terrain favorable à son développement. Aux ouvriers qui travaillent dans une atmosphère chargée de poussières irritantes, recommander la propreté la plus minutieuse de la figure tout entière ou tout au moins celle des yeux.

Chez les scrofuleux, les lymphatiques, les préparations

arsénicales, iodurées, les eaux sulfureuses et surtout un régime fortifiant, seront d'un utile secours.

On doit s'enquérir de l'état des voies lacrymales et de la conjonctive dont il faut rétablir l'intégrité.

Quant aux moyens thérapeutiques, le point essentiel sur lequel on ne saurait trop insister, c'est d'éviter autant que possible la formation des croûtes et surtout leur séjour à la base des cils, car elles constituent pour ces tissus déjà enflammés une cause permanente d'irritation.

De plus, ces croûtes empêchent l'écoulement du pus accumulé derrière elles, ensuite les ulcérations qu'elles abritent ne peuvent pas être atteintes par les médicaments.

Un grand nombre de moyens sont employés en pareil cas. D'après Gosselin on doit recommander aux malades de ne point ouvrir les yeux le matin, avant d'avoir ramolli les croûtes à l'aide d'une fine éponge imbibée de quelques gouttes d'huile ou de lait tiède, ou simplement, comme le dit M. Galewoski, avec une infusion de têtes de pavot, de l'eau de laitue, une infusion de fleurs de sureau. M. Despagnet recommande de préférence la lotion savonneuse ou une solution alcaline, par exemple du sous-carbonate de soude à 1/40, ou bien quand les croûtes sont trop adhérentes, une onction, tous les soirs, à la base des cils, avec la pommade boriquée à 1/40.

Dans le but d'empêcher la reproduction des croûtes, Testelin préconise l'excision des cils qui, pour lui, empêcherait l'agglomération des mucosités, mais encore faciliterait l'application des topiques. Cette opération doit être faite tous les huit jours et peut être limitée aux seules parties malades.

Contre cet état des paupières qu'il a décrit sous le nom de séborrhée, M. de Wecker prescrit d'enlever tous les matins ces matières sébacées avec un peu de glycérine ou d'huile d'amandes douces et de modifier l'état de la peau par des douches froides ou encore au moyen de lotions journalières avec l'esprit de vin (eau de cologne). Contre la séborrhée dite fluide de simples lotions avec l'eau de savon suffisent.

S'il existe de l'amétropie, il faut chercher à la corriger, et dans ce but John Roosa prescrit des instillations d'atropine qui en paralysant l'accommodation soulagent beaucoup les malades.

Contre l'eczéma des paupières, MM. Galewoski et de Wecker recommandent les badigeonnages une ou deux fois par semaine avec la teinture d'iode, l'huile de cade.

On a préconisé contre la blépharite ciliaire un grand nombre de pommades dont les plus usitées sont celles de Saint-Yves, de Régent, de Lyon, dont le principe actif est le précipité rouge simple ou additionné d'acétate de plomb et de camphre, comme celle de Régent; à l'oxyde de zinc celle de Deval; au précipité blanc celle d'Art. Ces substances sont employées à faibles doses, à 0,10, 0,15 centigrammes pour 10 grammes d'axonge ou de vaseline, et en couches minces sur le bord libre. Tous ces corps agissent, soit en substituant par leur action irritante une inflammation plus vive à celle qui existe, soit en mettant les surfaces malades à l'abri du contact de l'air. Il faut donc surveiller les effets et savoir les varier à temps. C'est ainsi que les pommades ne doivent jamais être employées plus de trois ou quatre semaines.

Quant aux cautérisations au nitrate d'argent, elles sont sans effets ou bien même irritantes après deux ou trois mois. On pourra les remplacer par les badigeonnages à la teinture d'iode ou à l'huile de cade.

Tous les auteurs recommandent l'épilation des cils qui, l'avons-nous dit, agissent en véritables corps étrangers.

Pour M. Galewoski, ce moyen est indispensable à la guérison de la blépharite. Ce moyen était employé par Lawrence au commencement de ce siècle pour faciliter la cautérisation des trajets fistuleux et des ulcères profonds.

Bazin l'a aussi employé parce qu'il pensait que la blépharite ciliaire était due à une végétation cryptogamique.

On pratiquera l'épilation graduellement, tous les trois ou quatre jours, et à des distances éloignées les unes des autres. Ces épilations doivent être partielles, faites place par place, et non toutes à la fois.

TRAITEMENT PAR LA GLYCÉRINE AU SUBLIMÉ

Seule de toutes les substances qu'on a employées jusqu'à ce jour, le sublimé nous a paru doué d'une efficacité vraiment incontestable. Ce puissant antiseptique conseillé depuis longtemps dans le traitement des blépharites a été peu employé. Repris depuis quelques années par M. Despagnet, nous le voyons donner entre ses mains les résultats les plus satisfaisants, ainsi que le témoignent les observations prises à sa clinique et celle qu'à bien voulu nous communiquer M. Valude, médecin de l'hospice national des Quinze-Vingt.

Voici la technique du traitement tel qu'il est pratiqué à la clinique de M. Despagnet.

On prescrit deux solutions de glycérine au sublimé : l'une à un pour 100 dont tous les jours le malade se servira lui-même pour faire des badigeonnages à la base des cils, du côté de la peau. Ces badigeonnages doivent être faits à l'aide d'un petit pinceau à miniature. Si par mégarde il laisse pénétrer un peu de la solution sur la conjonctive, le mal ne sera pas grand et se réduira à une sensation de brûlure pas trop forte qu'il fera cesser avec une simple lotion d'eau froide ; la seconde solution au 1/30 sera appliquée par le médecin lui-même tous les deux jours et toujours en badigeonnages à la base externe des cils. Sitôt après, avec un peu de coton qu'on appuie sur la paupière on enlève l'excès de solution restée à la surface de la peau

pour qu'elle ne soit pas entraînée dans l'œil par le clignotement des paupières, cette solution amenant une sensation de cuisson plus accusée.

Toutefois elle n'est pas aussi intense que pourrait le faire supposer le titre de la solution employée, le sublimé perdant un peu de sa causticité dans la glycérine.

Bien entendu pour que le médicament soit mis en contact avec le fond des ulcérations, on débarrassera le bord libre des croûtes qu'il pourrait contenir et même des cils compris dans les ulcérations.

Dès la première semaine du traitement, l'amélioration est très accusée et il ne faut pas plus de deux mois pour guérir les blépharites les plus invétérées, même celles qui ont amené un épaissement du bord libre, dans la forme dite hypertrophique.

OBSERVATION I (D^r Despagnet).

Il y a plusieurs années je fus consulté par M. X..., homme très actif, habitué à fournir une somme énorme de travail et qui depuis longtemps déjà avait dû mettre un frein à son ardeur à cause de l'état de ses paupières qui lui rendait tout travail d'application presque impossible. Il avait pour bords palpébraux de véritables petites bordures plus ou moins rouges, dépourvues de poils, et cela malgré les traitements les plus assidus.

Je ne lui cachai pas que je comptais fort peu sur mon intervention après tout ce qu'il avait essayé. Devant son insistance, je recommençai la série classique de toutes les médications employées

en pareil cas. Les canaux lacrymaux déjà incisés et cathétérisés étaient libres. J'en eus bien vite fini avec toutes les poudres et les pommades, car toutes provoquaient une inflammation violente de la peau et des conjonctives.

Je fus pendant trois semaines assez heureux avec le crayon de nitrate d'argent mitigé à moitié ; mais après ce temps tout attouchement devenait désastreux. Je fis alors usage de la teinture d'iode que d'ailleurs on n'avait pas essayé. Pendant un mois elle fit merveille. Six mois après il y avait une véritable métamorphose, les bords libres n'étaient plus ou presque pas rouges, leur volume à peu près normal, quelques cils s'y montraient.

Mais ce progrès s'arrêta là et le travail ne pouvait être que peu prolongé, bien que le malade eut repris ses occupations.

Il y avait évidemment une tolérance pour la teinture d'iode dont l'action devenait nulle. Je tentai l'emploi de l'huile de cade qui ne réussit pas pour revenir à la teinture d'iode dont les bons effets ne se produisirent plus.

J'en étais là de mes tentatives lorsque j'eus l'idée de faire appel au sublimé corrosif. L'idée n'était certes pas neuve, depuis longtemps déjà ce médicament était entré dans la thérapeutique des blépharites, mais à doses très faibles. Les solutions employées sont au 1/5000°. 1/2000°. parfois et très rarement au 1/1000°.

Aussi, à mon avis, l'insuccès du sublimé dans ce cas devait-il être rapporté à la dilution des solutions mises en usage. Que pouvait bien produire le sublimé à doses si faibles sur un bord ciliaire où couramment l'on a déjà employé le nitrate d'argent et la teinture d'iode.

Telles étaient les idées que j'avais sur l'action de cette substance quand j'en commençai l'essai sur mon malade. J'employai

d'abord une solution au 1/20°, dans laquelle je fis entrer un quart du poids de glycérine pure pour qu'elle fut un peu sirupeuse et qu'il n'y eût pas de fusées dans l'œil.

La réaction fut nulle, le malade fort cuirassé par les traitements antérieurs, n'éprouva même pas la plus légère cuisson. Quelques jours après, j'adoptai une solution au 1/100°. dont l'emploi ne donna rien de particulier. Peu à peu j'arrivai à une solution au 1/50°. Quelques attouchements faits tous les deux jours amenèrent une amélioration notable. Enhardi par le résultat et poussé aussi par l'impatience de mon malade, j'arrivai successivement à une solution au 1/40°, 1/30°, 1/20° et même au 1/15° toujours dans la glycérine.

Il y eut après un mois de traitement une véritable métamorphose. Les bords libres n'étaient plus rouges, enflammés, leur épaisseur réduite de moitié, et de ci de là apparaissaient quelques cils bien solides. Le travail, le soir, se faisait sans fatigue.

En un mot le malade avait repris ses occupations.

Voilà deux ans écoulés, mon malade n'est plus venu me demander mes soins. Il s'est considéré guéri. De temps en temps, il se fait lui-même quelques badigeonnages. Mais depuis dix-huit mois, il a complètement cessé l'usage du sublimé. Si parfois les paupières rougissent, il se contente, le matin, de faire un petit badigeonnage du bord libre avec la glycérine anglaise.

OBSERVATION II (D^r Valude).

Dame âgée de 52 ans, d'un tempérament arthritique et polysarcique.

Blépharite eczémateuse très prononcée de l'œil droit avec exco-

riations multiples et croûtelles épaisses gagnant la joue. Larmoiement. Photophobie.

La canalisation améliore, mais ne guérit pas.

Les pommades au précipité rouge, à l'oxyde de zinc, etc., ne sont que peu de chose. J'emploie alors sur les conseils de M. Despagne la solution de sublimé à 1/100^e., 1/50, 1/30.

Grande amélioration survenue peu de temps après. L'état bien qu'amélioré restant stationnaire, j'achève la guérison à la solution de nitrate d'argent à 1/30, 1/10 et même au crayon.

(Nous ferons remarquer que chez cette malade le nitrate d'argent employé au début n'avait pas donné de résultats).

OBSERVATION III.

Blépharite ciliaire glandulaire double avec eczéma des paupières inférieures.

Berthe Bucot, âgée de 21 ans. Couturière. Cette jeune fille se présente à la Clinique le 14 novembre 1891.

Il n'y a pas d'antécédents héréditaires.

L'affection a débuté à l'âge de deux ans, évoluant avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Elle n'a jamais reçu de soins sérieux jusqu'à cette époque.

Actuellement les paupières sont rouges, un peu tuméfiées, surtout les inférieures qui sont le siège d'un eczéma assez intense. On remarque sur leur bord des croûtes jaunâtres, friables, englobant les cils qui forment de véritables pinceaux. Ça et là quelques petites ulcérations baignées d'un liquide séro-purulent.

La conjonctive palpébrale est injectée. Il y a du larmoiement et de la photophobie.

Le 21 novembre. — Nous commençons les badigeonnages avec une solution de sublimé à 4 pour 100. Avant de toucher les paupières, on a eu soin de débarrasser les cils des croûtes sèches accolées sur leur bord.

La malade revient à la consultation quatre jours après. Déjà une grande amélioration s'était produite dans son état. Elle continue à venir deux fois par semaine. Au bout de trois semaines le gonflement, la rougeur avaient disparu, on voyait à peine la trace des croûtes.

La malade s'étant absentée pendant une semaine, le traitement ne fut repris que le 14 décembre et fut continué une fois par semaine jusqu'au 9 janvier, date à laquelle la guérison était complète.

OBSERVATION IV

Blépharite glandulaire double.

Cheronneau, âgée de 24 ans, modiste.

Cette malade se présente à la Clinique le 8 mai 1891. Elle paraît bien portante et nous affirme qu'elle n'a jamais eu aucune maladie antérieure. On ne note rien de particulier au point de vue de ses antécédents héréditaires. C'est une jeune fille qui par sa profession se livre à des travaux assidus, et souvent à une heure fort avancée de la nuit. Elle ne peut pas nous préciser l'époque à laquelle son affection a débuté. Elle nous dit cependant que depuis 3 ou 4 ans elle a commencé à souffrir des yeux, surtout

le soir. De vives démangeaisons accompagnées d'une légère rougeur des paupières l'obligeaient à suspendre ses travaux. Ces symptômes s'atténuaient souvent par le repos et quelques lotions qu'elle se faisait de temps en temps.

Actuellement nous observons sur les bords palpébraux une rougeur assez vive et un peu de gonflement plus marqué sur les paupières inférieures. La base des cils est enfoncée dans d'épaisses croûtes qui forment un relief en certains points. La conjonctive palpébrale est légèrement hyperhémiee. La malade ne peut plus travailler à la lumière du gaz à cause de la photophobie dont elle se plaint.

Les paupières débarrassée des produits qui les encombrent, on pratique des cautérisations au nitrate d'argent à raison de deux cautérisations par semaine. Pendant près de six mois, on pouvait constater une amélioration assez marquée dans l'état de la malade. La rougeur avait diminué en partie, quelques pellicules apparaissaient de temps en temps. Mais cet état restait stationnaire, le nitrate d'argent ne produisait plus rien. On n'en continua pas moins les cautérisations jusqu'au 7 janvier 1892. A partir de cette date on commença le traitement par le sublimé. Les attouchements furent pratiqués tous les deux jours aidés de quelques épilations faites de temps en temps.

Une amélioration très manifeste ne tarda pas à se produire quelque temps après, ses bords palpébraux n'étaient plus rouges, les cils repoussaient avec vigueur et les yeux étaient légèrement collés le matin.

A la fin de mars on pouvait constater un parfait état des paupières et la malade put reprendre ses travaux.

OBSERVATION V

Blépharite glandulaire.

Baron, âgé de 32 ans. Coiffeur.

Ce malade vint à la clinique le 18 août 1892.

C'est un sujet blond, un peu obèse, ayant toujours joui d'une bonne santé. Dans son enfance, à l'âge de huit ans, il a présenté quelques manifestations scrofuleuses, entr'autre un abcès froid qui siégeait dans la région cervicale droite. On n'en observe aujourd'hui aucune trace et les ganglions du cou ne sont pas gros.

Le début de son affection actuelle remonte à 1887 et ce n'est qu'en 1891 que le malade eut l'idée de se soigner. A partir de mai jusqu'en novembre il se servit de la pommade au précipité rouge, mais ne voyant aucune amélioration se produire, il abandonna le traitement.

On constate un gonflement très marqué des paupières et une vive rougeur de leur bord libre qui est épaissi. De petits amas de croûtes jaunâtres encombrent les bords palpébraux et, çà et là, sont implantés quelques cils grêles, décolorés, qu'on détache facilement. Ces croûtes une fois enlevées laissent voir de petites ulcérations vives au milieu desquelles baignent de petits cils très fins.

Ces ulcérations bien détergées nous les touchons avec le glycère de sublimé, après avoir fait toutefois quelques épilations à leur niveau. A la fin d'août nous observions une amélioration,

lès ulcérations débarrassées des cils étaient en partie cicatrisées, la rougeur du bord libre à peu près nulle.

Le malade continua régulièrement ses visites tous les deux jours et chaque fois la guérison faisait de nouveaux progrès. Enfin vers le 10 septembre, on pouvait le considérer comme guéri, la rougeur avait disparu et les cils qui paraissaient pâles, sans consistance, étaient fermes, bien colorés, et en un mot, avaient repris leur structure normale.

OBSERVATION VI

Blépharite glandulaire double.

Laugel, âgée de 14 ans. Sans profession.

Jeune fille blonde, pâle, présentant des antécédents héréditaires scrofuleux.

De son côté elle n'a jamais eu de manifestations bien nettes, sauf l'affection pour laquelle elle se présente à la Clinique le 8 août 1892. D'après ce que nous raconte sa mère, sa blépharite aurait débuté dès sa plus tendre enfance, vers l'âge de deux ans environ.

Traitée sans succès pendant quatre années consécutives par toutes sortes de pommades et pendant huit mois par les cautérisations au nitrate d'argent, elle n'en a jamais retiré aucun bénéfice et la maladie est toujours restée stationnaire.

Ses bords palpébraux son tépais, garnis de fines pellicules adhérents aux cils qui sont rares, courts et décolorés. La conjonctive est le siège d'une hyperhémie assez marquée.

Cette malade ne peut se livrer à aucun travail appliquant sans voir tous ces signes s'accroître de plus en plus.

Après avoir eu soin de bien débarrasser les parties atteintes des croûtelles et de quelques cils nous avons commencé les attouchements, d'abord tous les deux jours ensuite tous les trois jours. Après une série d'attouchements faits pendant un mois et demi environ nous obtenions une guérison radicale.

OBSERVATION VII

Blépharite glandulaire.

Bouillet, âgé de trente ans, marchand de vin. Ce malade se présente à la Clinique, le 12 septembre 1892.

Nous ne constatons chez lui aucune trace héréditaire, ni personnelle, sauf une rougeole qu'il aurait eue à l'âge de 2 ans 1/2. Il semble jouir d'une bonne santé.

D'après les renseignements qu'il nous a donnés, il pense que sa blépharite remonte à dix ans environ. Depuis cette époque elle a évolué lentement sans jamais présenter de phénomènes, aigus bien nets pouvant causer de la gêne pour travailler. Aussi le malade se contentait pour tout traitement de simples lotions tièdes qu'il faisait de temps en temps. Mais depuis quelques semaines sous l'influence de fatigues, de veilles prolongées, la maladie a pris une marche aiguë.

Actuellement les bords palpébraux présentent un gonflement assez fort et une rougeur plus prononcée à gauche et surtout sur la moitié externe de la paupière inférieure. Par place se montrent des croûtes épaisses, englobant les cils sous forme de petits pinceaux qu'on détache sans peine. A la loupe, on aperçoit quel-

ques petites ulcérations superficielles. La conjonctive avoisinant le bord libre est un peu hyperhémiée.

Après avoir débarrassé soigneusement les paupières des croûtes et de quelques cils au niveau des points ulcérés, nous appliquons le topique sur tout le bord, surtout sur les ulcérations, et continuons les attouchements tous les deux jours.

Quinze jours après, l'aspect des paupières était considérablement changé, on voyait à peine la trace des ulcérations et à leur niveau poussaient de petits cils fins, solides.

Nous achevons la guérison à l'aide de deux attouchements faits à intervalles de trois jours.

OBSERVATION VIII

(Blépharite glandulaire double).

Strick, âgée de 25 ans, employée de commerce, vient à la Clinique le 15 septembre 1892.

C'est une jeune fille pâle, anémique qui a présenté dans son enfance quelques manifestations strumeuses du cuir chevelu et les ganglions du cou que nous trouvons aujourd'hui un peu augmentés de volume, mais sans signe de suppuration.

Sa blépharite a débuté des deux côtés à l'âge de 12 ans. Soumise depuis cette époque au traitement par l'huile de foie de morue et les iodures qu'elle prend de temps en temps, elle a toujours vu l'affection demeurer stationnaire, malgré les soins locaux consistant en lotions et applications de pommades.

La malade se présente avec une hyperémie assez marquée

des bords palpébraux qui sont couverts de nombreuses croûtes, surtout à gauche.

Cà et là de petites ulcérations baignées de pus et de débris de croûtes. A droite les cils ont disparu sur une assez grande étendue du bord ciliaire inférieur, et sont remplacés par de petits poils fins qu'on aperçoit à la loupe. La conjonctive est injectée. Enfin tout travail prolongé, surtout à la lumière artificielle devient extrêmement pénible.

Les paupières débarrassées de ces croûtes et des cils qui nous paraissent atteints, nous appliquons une couche de glycérine sur tous les points et principalement sur les ulcérations. Il se produit une légère cuisson, mais qui ne dure pas.

Le 3 octobre. — L'amélioration était bien évidente. Les ulcérations étaient en partie cicatrisées, la rougeur peu prononcée et les cils commencent à repousser. Quelques croûtes peu adhérentes se forment encore.

Nous continuons les badigeonnages tous les trois jours pour ne pas trop irriter les parties qui sont de plus en plus en voie de guérison.

Le 12 octobre. — La guérison était complète.

OBSERVATION IX

Blépharite pityriasique.

Lévy, âgé de 18 ans, employé de commerce, se présente à la Clinique le 3 octobre 1892.

Ce jeune homme, chez lequel on ne trouve rien de particulier dans les antécédents, est astreint à un travail très appliquant et

qui l'oblige à des veilles prolongées dans une salle dont l'éclairage est mal fait.

Depuis trois mois, il éprouve au niveau des paupières des démangeaisons assez pénibles qui le portent à se frotter continuellement. Les yeux sont collés le matin. Sur les conseils d'un médecin il y pratique des onctions avec la vaseline boriquée, mais sans obtenir aucun résultat appréciable.

Le bord libre des paupières est turgescent, recouvert de fines pellicules jaunâtres, très friables, à la base des cils. Ceux-ci ne semblent pas atteints dans la nutrition. Quand on enlève ces produits qui encombrent leur base on aperçoit de petites érosions très superficielles. La conjonctive est légèrement initiée. Il y a peu de photophobie.

Vu l'état d'intégrité des cils nous ne pratiquons aucune épilation et nous nous contentons simplement, après avoir enlevé les fines pellicules, de passer à la base des cils une légère couche de glycérine au sublimé.

Les attouchements sont continués régulièrement tous les deux jours.

Le 10 octobre. — Une amélioration très nette ne tarde pas à se manifester. La rougeur du bord libre est insignifiante et par place quelques fines pellicules peu adhérentes que nous enlevons facilement.

Enfin le 17 octobre les paupières avaient repris leur aspect normal.

OBSERVATION X

Blépharite pityriasique.

R..., âgé de 24 ans, étudiant en médecine.

Rien de particulier dans les antécédents du malade. Il nous raconte qu'au mois d'août dernier il remarqua que le bord libre des paupières devenait rouge, prurigineux et se recouvrait de petites croûtes en forme d'écailles qui adhéraient à la base des cils. Il n'y attacha d'abord aucune importance. Mais les jours s'écoulaient et le mal loin de s'atténuer semblait empirer. Une matière blanchâtre s'accumulait de temps en temps à l'angle interne des yeux et les cils se détachaient en assez grand nombre, particulièrement au réveil. Puis pendant la journée il avait subitement de très vifs chatouillements au niveau de la cornée. Cette gêne était due à la présence de deux ou trois cils tombant sur cette membrane.

Inquiet de cet état de choses, il se fit faire une pommade au précipité rouge et s'en servit pendant deux ou trois semaines. Les cils ne tombaient pas moins et l'inflammation ne fit qu'augmenter.

Sur nos conseils il se présenta à la Clinique le 4 novembre.

Après avoir fait le nettoyage des paupières nous les badigeonnâmes avec la glycérine au sublimé. Puis même opération tous les deux jours.

Après le quatrième badigeonnage, le malade constatait une amélioration très sérieuse. Les cils ne tombaient plus, la rougeur des bords avait diminué considérablement.

Nous fîmes encore trois ou quatre badigeonnages qui ne tardèrent pas à amener une entière guérison.

OBSERVATION XI

Berthault, âgée de 7 ans, vient à la Clinique le 5 novembre. C'est une enfant pâle, faible, qui présente des manifestations scrofuleuses au cou et à la face. Elle est depuis longtemps au traitement général par l'huile de foie de morue et l'iodure de fer. Sa blé-
pharite a débuté il y a deux ans, avec de fréquentes alternatives. Elle n'a jamais reçu de soins spéciaux. Actuellement on constate que les bords palpébraux du côté droit sont rouges, boursoufflés, surtout sur la paupière inférieure qui présentent quelques croûtes réunissant les cils en pinceaux. Ceux-ci sont tombés en certains points. La conjonctive est injectée. Les phénomènes sont peu accentués à gauche.

Soumise au traitement le 6 novembre, on constate d'abord la disparition de la blépharite à gauche, après quinze jours et une grande amélioration dans l'état des paupières à droite, qui quoique un peu rouges, ne sont plus recouvertes de croûtes.

25 novembre. — Guérison.

Vu : le Président de la thèse
FOURNIER

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Sappey.** — Anatomie descriptive.
- Berger.** — Anatomie normale et pathologique de l'œil.
- Cornil et Ranvier.** — Anatomie pathologique.
- Testelin.** — Dict. ency. des sciences médicales. Art. Paupières.
- Gosselin.** — Dict. de Médecine et de Chirurgie.
- Stalber.** — Blép. scrofuleuse. — An. Oculist t. V, 1847.
- J. Roosa.** — An. Oculistique, t. 79, 1876.
- Stilling.** — An. Oculistique, t. 64.
- Desmarres.** — Maladies des yeux.
- Wecker et Masselon.** — Maladies des yeux.
- Galewoski.** — Maladies des yeux.
- Abadie.** — Maladies des yeux.
- Despagnet et Nimier.** — Traité d'Ophthalmologie
- Vernier.** — Blépharite cil. Thèse Paris, 1881.
- Escaude.** — Considérat. de la scrofulose avec l'œil. Th. 1881.
- Labach.** — Blépharo-conjonctivite. Thèse Paris, 1879.
- Kroll.** — Pathologie et thérapeutique de la blépharite simple.
Berliner Klin. Wochenchrist n° 27.
- Hermanoviez.** — Thérap. de la bléph. et xérophthalmie.
Thèse Paris, 1879.
- Dcaux.** — Infection microbienne dans la Kératite. Thèse Paris,
1890.

